

.....  
(miejsowość, data)

Dane zgłaszającego

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres)

.....  
(nr telefonu)

Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego  
Województwa Śląskiego w Raciborzu  
ul. Warszawska 7, 47-400 Racibórz

### ZGŁOSZENIE

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209, poz. 1243), zgłaszam chęć skorzystania z usług tłumacza:

- PJM (polski język migowy),
- SJM (system językowo-migowy),
- SKOGN (sposoby komunikowania się osób głuchoniewidomych) \*

przy załatwieniu w Urzędzie sprawy dotyczącej:

.....  
.....  
.....  
.....

w terminie\*\*:

.....  
(data, godzina)

będę/nie będę w obecności osoby przybranej\*\*\*

Świadczenie jest bezpłatne dla osoby uprawnionej, będącej osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721 i Nr 171, poz. 1016).

.....  
(data i podpis zgłaszającego)

\* zaznaczyć właściwe pole stawiając znak x

\*\* co najmniej na trzy dni robocze przed planowanym terminem (nie dotyczy sytuacji nagłych)

\*\*\* niepotrzebne skreślić